借　用　書

平成　　年　　月　　日

糸魚川地域振興局健康福祉部長　様

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 属 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴部の口腔機能測定機器「健口くん」を下記のとおり借用します。

記

借用期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 （３０日を超えない期間とする）
借用目的	
借用条件	借用中における機器（附属品も含む）の破損については、当方で負担し現状復旧のうえ返却します。

※糸魚川地域振興局健康福祉部記入欄

貸出年月日 平成　　年　　月　　日	貸出簿NO 年度NO	受取年月日 平成　　年　　月　　日 （受取者は下記の内容を確認願います）
貸出者氏名		受取者氏名

受取確認内容

①本体、②ＡＣアダプタ、③外部嚥下ラップボタン、④マイク（専用袋）、⑤マイクスタンド
⑥取扱説明書、⑦測定手順説明書